



## Unfall-Schadensmeldung

Polizzenummer:

Geschäftsstelle-Nr.:

Vermittlername:

Schadennummer:

Vermittler-Nr.:

-

### Versicherte (unfallbetroffene) Person:

Zutreffendes bitte ankreuzen)

<b>Name:</b>		Akad.Grad, Nachname, Vorname		Geburtsdatum	
<b>Adresse:</b>		Postleitzahl, Ort, Straße,Gasse,Platz, Hausnr., Stiege, Türnr.			
<b>Telefon</b>		<b>Beruf:</b>		<b>Dienstgeber:</b>	
(zwischen 8 und 16 Uhr):					
Bestehen bei anderen Gesellschaften Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen ? Wurden solche beantragt?		Nein	Ja	Bei Gesellschaft: Pol. Nr.:	
Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse?		Nein	Ja	Bei Kasse:	

### Angaben zum Ereignis:

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?			Unfallort			Datum, Uhrzeit		
Beruf (einschließlich Weg)	Verkehr	Sport						
im häuslichen Bereich	Freizeit	Schule						

### Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufs sowie der Verletzungen, Ursachen und Hergang, sowie Art der Verletzungen: (Falls dieser Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte ein separates Blatt bei)

### Überweisung der Versicherungsleistung

an die Adresse (Achtung! Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen ihre Bankverbindung bekannt!)

an Konto IBAN:

BIC:

Kontoführendes Institut:

Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, dem Versicherer die zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht. Ich ermächtige den Versicherer Einsicht in alle diesen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Vermerke des behandelnden Arztes**

**Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung**

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.)

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten?	Nein	Ja	Welche?
Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?	Nein	Ja	Ausmaß ?

Haben Krankheit, Gebrechen, oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen beeinflusst?	Nein	Ja	Welche?
--	------	----	---------

<b>Behandlungsdauer:</b>			
Wurde der Verletzte <b>stationär</b> behandelt?	Nein	Ja	Wurde der Verletzte <b>ambulant</b> behandelt?
			Nein
			Ja
von _____ bis _____		von _____ bis _____	
Wie lange voraussichtlich noch? Bis _____		Wie lange voraussichtlich noch? Bis _____	
im Krankenhaus:		im Krankenhaus/Ordination:	

Wie lange ist der Verletzte aufgrund des Unfalls in seiner <b>Beschäftigung</b> behindert?		
	vollkommen	teilweise
		Bis _____

**Erste ärztliche Hilfe**

Wann ist die erste Hilfe in Anspruch genommen worden?	Wer hat sie geleistet? (bitte Angabe des Spitals)
Datum , Uhrzeit	

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlung durchgeführt?

---

Ort , Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_